

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

В.В. СТРЕЛЬЦОВ, Н.В. ЗОЛотоВА, Г.В. БАРАНОВА,
А.А. АХТЯМОВА

Статья посвящена актуальным вопросам психологической реабилитации больных туберкулезом легких и обобщает практический опыт авторов в создании психологической службы во фтизиатрической клинике. В статье делается акцент на специфике психологической помощи на этапе продолжения противотуберкулезной терапии в условиях стационара. Изложены теоретико-методологические основания, принципы и задачи проводимой психологической работы. В представленной модели психологической реабилитации учитываются особенности организации лечебного процесса во фтизиатрии, а также выявленные в результате клинико-психологических исследований специфические особенности реагирования и интерперсональных отношений больных туберкулезом легких. Обосновывается необходимость организации специальных психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов.

Ключевые слова: туберкулез легких, психологическая реабилитация, преморбидные характеристики личности, система отношений, терапевтические мишени.

По оценке специалистов, в настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных проблем российского здравоохранения, эпидемическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной [Сухова, Почанин, 2010]. Неблагоприятными прогностическими признаками являются рост показателей заболеваемости среди лиц молодого трудоспособного возраста, а также увеличение случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам. В последние годы формируется представление о туберкулезе не только как медико-биологической проблеме, но и как социально значимом заболевании, в терапии которого признается важность совокупной оценки базовых психологических характеристик и

других «пациент-зависимых» факторов [Собчик, 1990; Виноградов, Черкашина, Перельман, 1991; Ломаченков, Кошелева, 1997; Сухова, 2004; Любаева, Ениколопов, 2011; Деларю, Юдин, Борзенко, 2013]. Можно констатировать, что реабилитационные психологические мероприятия приобретают особую востребованность в терапии туберкулеза легких, однако в обосновании их актуальности традиционно уделяется внимание таким вопросам, как нозогении, комплаентность, отношение к болезни и стратегии совладания с ней. В целом теоретико-методологические основания реабилитационных программ и подходов к оказанию психологической помощи больным туберкулезом легких разработаны недостаточно, что обусловлено, в частности, дефицитом исследований, направленных на изучение психологических этиопатогенетических факторов нарушения здоровья при инфекционных заболеваниях.

С позиций системного подхода к проблеме здоровья и развития болезни, разработка адекватных направлений реабилитации и профилактики заболевания предполагает не только выявление системы биологических и социальных взаимосвязей в клинической оценке больного, но и глубокое изучение его психологических особенностей. Необходимость подобных междисциплинарных исследований во фтизиатрии очевидна и обоснована наличием непосредственной связи между резистентностью к туберкулёзной инфекции и показателями иммунной системы с состоянием центральных звеньев нейрорегуляции. Изучение психосоматических соотношений, проводимое в отечественной науке еще со времен В.М. Бехтерева, убедительно демонстрирует влияние на функциональное состояние высших отделов нервной системы психогенных факторов, которые опосредуют различные структурно-функциональные нарушения в организме.

Для большинства современных биологически ориентированных клиницистов идеи о психосоматической природе туберкулеза легких до сих пор являются спорными, а также далекими от принятия их легитимности и научно-практической значимости, хотя вопрос о психологических детерминантах развития данного заболевания широко обсуждался в научной литературе еще в прошлом веке. На основе накопленных обширных эмпирических наблюдений оформилась феноменологическая теория «туберкулёзного характера», в соответствии с которой больные в преморбидном периоде отличаются амбивалентностью и лабильностью, ярко выраженным эгоцентризмом, ранимостью и повышенной чувствительностью к психическим нагрузкам [Лаёппес, 1819; Алфеевский, 1912; Петров, 1913]. В современных публикациях также обращается внимание на наличие связи туберкулеза легких с определенными личностными характеристиками, нарушением значимых межличност-

ных отношений, истощением внутренних резервов личности [Dunbar, 1949; Day, 1951; Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996; Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Валиев, 1999; Поклитар, 2001; Александер, 2002; Лукашова, Игишева, Копылова, 2002; Сухова, 2004; Долгих, 2005; Буренина, 2008; Стрельцов, Золотова, 2013]. Подчеркивается обусловленность защитных психологических реакций, затрудняющих медицинскую и психологическую реабилитацию, преморбидными чертами личности пациентов [Буренина, 2008; Ломаченков, Кошелева, 1997; Гнездилова, 2001].

В проводимых в Центральном НИИ туберкулеза клинико-психологических исследованиях установлено, что пациенты отличаются от соматически здоровых людей особенностями эмоционально-волевой сферы, когнитивными установками, а также негармоничными стилями межличностного взаимодействия [Сиресина, Стрельцов, Золотова, 2007; Золотова, Сиресина, Стрельцов, 2010; Баранова, Золотова, Столбун, 2012]. Важно подчеркнуть, что дезадаптивное функционирование в преморбидном периоде актуализировалось не столько в объективно тяжелых психотравмирующих обстоятельствах, сколько в пространстве повседневного бытового и социального взаимодействия, обуславливая так называемый «стресс обыденной жизни». На фоне лечения неконструктивные стереотипы реагирования и поведения, свойственные больным туберкулезом легких, нередко становятся причиной специфических конфликтов и противоречий с окружающими (лечащим врачом, персоналом, другими пациентами), повышают общую стрессовую нагрузку и уровень негативных эмоциональных переживаний, что в конечном итоге усугубляет течение заболевания. Полученные в исследовании эмпирические данные позволили объективировать наличие у больных туберкулезом легких специфических «проблемных зон», сформированных в ходе их социализации до момента заболевания, и выделить в реабилитационной работе конкретные терапевтические мишени.

Понимание сложности этиопатогенеза туберкулеза легких, включающего психосоматические взаимосвязи, ориентировало на поиск адекватных направлений и техник психологической помощи. Оптимальные возможности для определения теоретико-методологических оснований и стратегий реабилитационной работы с больными туберкулезом легких, на наш взгляд, открывают положения отечественной концепции психологии отношений личности и патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева. Рассматривая человека как высочайшую интеграцию биофизиологического и общественно-исторического, в этиопатогенезе психогенных и психогенно-соматических нарушений, В.Н. Мясищев придавал ведущее значение нарушенным отношениям [Мясищев,

1963], что является принципиально важным и применительно к туберкулезу легких. Соматическое заболевание, с позиций патогенетической психотерапии, рассматривается в системе «личность — организм — среда», что соответствует современным многофакторным моделям соматических расстройств. По В.Н. Мясищеву, неспособность конструктивно и последовательно разрешать проблемные жизненные ситуации и закономерно возникающие интра- и интерпсихические конфликты становятся источниками хронической нервно-психической напряженности и снижения адаптационного потенциала организма [Мясищев, 1960]. Наличие патогенных элементов в системе отношений не только ограничивает «жизненный ресурс социального индивида» [Сельцовский, Стрельцов, Золотова, 2011], но и обуславливает нарушения на нейрофизиологическом уровне регуляции [Сиресина, 2011], способствуя, в частности, снижению резистентности к туберкулёзной инфекции, а на фоне заболевания — увеличению риска его неблагоприятного течения.

Основным методом патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева является «беседа-дискуссия», использование которого в первую очередь ориентирует психотерапевтическую работу в направлении повышения осознанности отношений и обучения адекватному изменению личностных позиций [Мясищев, 1960]. С учетом выделяемых В.Н. Мясищевым не только когнитивных, но и эмоциональных, поведенческих компонентов системы отношений, в целях осуществления мультимодального воздействия на состояние и личность пациента целесообразной является интеграция «беседы-дискуссии» с психологическими интервенциями других направлений. В частности, подход, разработанный в аналитико-катаргической терапии А.А. Александрова (АКТА) [Александров, 2002], позволяет осуществлять психотерапевтическое воздействие не только на когнитивный, но и, что очень важно для больных туберкулезом легких, на эмоциональный и поведенческий компонент отношений. Дополнение «беседы-дискуссии» техниками эмоционально-образной терапии [Линде, 2011], в основу которой положены механизмы катарсиса, обеспечивает эмоциональную проработку имеющихся конфликтов, сопровождается эмоциональной разрядкой и завершением незавершенных ситуаций, что приводит к более выраженным личностным изменениям. Немаловажным преимуществом аналитико-катаргической и эмоционально-образной терапии является возможность их использования в рамках краткосрочного психологического консультирования.

Таким образом, реализация психосоматического подхода к изучению туберкулеза позволила расширить содержание психологической помощи во фтизиатрии, традиционно направленной на повышение

комплаенса и нивелирование психологических последствий стресса заболевания. Общие задачи психологической помощи (симптоматический аспект воздействия) обусловлены актуальными проблемами пациентов с тяжелым соматическим заболеванием и необходимостью длительного лечения. Специальные задачи (патогенетический аспект воздействия) предусматривают организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов. Обозначение специальных задач является инновационным как с точки зрения традиционного понимания содержания психологической помощи больным туберкулезом легких, так и в контексте сложившегося во фтизиатрии классического выделения эпидемиологических, медицинских и социальных факторов риска развития туберкулеза легких.

Задачи психологической реабилитации больных туберкулезом на различных этапах терапии в условиях стационара

Стандартная медикаментозная терапия больных туберкулезом легких в условиях стационара осуществляется в течение нескольких месяцев, при этом выделяется интенсивная фаза противотуберкулезной химиотерапии и фаза продолжения лечения.

На начальном этапе лечения, который соответствует *интенсивной фазе противотуберкулезной химиотерапии* (2—3 месяца), эмоциональное состояние пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких определяется необходимостью адаптации к новой жизненной ситуации в связи с болезнью. Госпитализация, перспектива длительного пребывания в стационаре, субъективное ощущение витальной угрозы, резкое нарушение жизненных планов и неопределенность переживаются как тяжелый стресс, резко снижающий качество жизни и обуславливающий риск развития аффективных расстройств. Симптомы психологического неблагополучия пациентов проявляются в тревожно-депрессивных переживаниях, страхе, эмоциональной неуравновешенности, повышенно-мнительном внимании к физическим ощущениям, сензитивности, снижении самоконтроля вплоть до суицидальных тенденций. Интенсивность подобного состояния значительно усиливается при появлении побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, что, в свою очередь, ухудшает их индивидуальную переносимость. В связи с этим в интенсивной фазе противотуберкулезной химиотерапии основные задачи психологической помощи связаны с преодолением фрустрирующего влияния болезни на привычное функционирование паци-

ента, а также с коррекцией личностных реакций на актуальную жизненную ситуацию, связанную с заболеванием [Стрельцов, Золотова, 2013].

На последующем этапе лечения, который соответствует *фазе продолжения противотуберкулезной химиотерапии* (4—15 месяцев) не у всех пациентов наблюдаются положительные изменения в психологическом состоянии, нередко происходит кумуляция эмоционального напряжения и углубление невротических нарушений, что неблагоприятно отражается на эффективности проводимой медикаментозной терапии. Важно отметить, что высокая степень эмоциональной нагрузки, а также имеющиеся психологические проблемы пациентов, как правило, остаются вне поля зрения фтизиатров, у которых в целом отмечается пассивная позиция к необходимости оказания психотерапевтической помощи своим пациентам [Деларю, Юдин, Борзенко, 2013]. Фрустрирующие состояния, связанные с невозможностью повлиять на ход лечения, зависимостью от лечебного учреждения, неясностью прогноза терапии, эмоциональной депривацией, значительным обеднением и дистанцированием в социальных контактах, переживаются больными более остро, чем физические нарушения [Кошелева, 1990; Сухов, Сухова, 2003], способствуя развитию экзистенциальной депрессии [Сухова, 2004, 2006]. Увеличение срока пребывания в стационаре нередко сопровождается потерей работы, серьезными материальными затруднениями, нарушениями в семейных и межличностных отношениях, снижением качества жизни в целом. Неудовлетворенность в значимых сферах семейного и социального взаимодействия, а также преобладание механизмов психологической защиты над проблемно-ориентированными стратегиями поведения рассматриваются прогностически неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на течение заболевания [Исаева, 2014]. По данным исследований, длительное и тяжелое соматическое расстройство постепенно обедняет репертуар совладающего со стрессом поведения, формируется пассивная личностная позиция, эмоциональная отстраненность от проблем, не связанных со здоровьем [там же].

Переживания по поводу предстоящих после выписки из стационара трудностей ресоциализации, осуществления значимых планов и устремлений, гипертрофированное опасение потери престижа в сфере межличностных отношений, пессимистическая оценка будущего опосредованно усиливают выраженность психологического неблагополучия и определяют повышенную потребность пациентов в сочувствии, внимании, социальной поддержке. Особую актуальность в ситуации инфекционного заболевания имеет проблема внутренней стигматизации, связанная с восприимчивостью к существующему в обществе стереотипному представлению о туберкулезе как болезни социально не-

благополучных и асоциальных лиц. Негативная ассоциация порождает у заболевшего чувства стыда, вины, страха, ощущение себя изгоем общества и стремление скрывать заболевание. Изменение социальной и личной идентичности пациентов, негативное самовосприятие как последствия внутренней стигматизации сопровождаются дистимическими нарушениями, враждебностью и подозрительностью к окружающим, социальной изоляцией [Нечаева, Антохин, Бардюркина, Жорова, Андросов, 2010]. Указанные психологические проявления стигматизации, в значительной степени определяемые невозможностью интегрировать травматический опыт и переработать негативные убеждения, которые сформировались в результате воздействия стресса заболевания [Тарабрина, 2014], являются предиктором актуализации комплекса деструктивных личностных тенденций, ослабляющих приверженность лечению и нарушающих социальное взаимодействие [Сухова, 2015].

Таким образом, заболевание туберкулезом легких, как и любое длительное соматическое заболевание, непосредственно затрагивает психологическое функционирование личности в целом, вызывая сужение и смещение ее смысловых отношений к миру, что обуславливает системные нарушения регуляции деятельности [Братусь, 1988], нарушение индивидуальной жизненной перспективы и личностной идентичности. На этапе продолжения противотуберкулезной терапии в условиях стационара сохраняют свою актуальность общие задачи, связанные с отношением пациентов к кризисной ситуации заболевания и лечебному процессу: коррекция неадекватных типов отношения к болезни и нивелирование гипертрофированных субъективных установок на возможные негативные последствия заболевания. Психологическая помощь в указанном аспекте, как и на этапе интенсивной химиотерапии, направлена на комплекс аффективно-когнитивного реагирования, обозначаемый как «внутренняя картина болезни».

Также одним из важнейших психологических ресурсов, обеспечивающим качество и эффективность терапии, становится ценностно-мотивационная сфера пациента. Психологические задачи, связанные с изменением иерархии ценностно-мотивационных установок личности и расширением смыслообразующей функции мотивов, предусматривают восстановление целостной картины программируемых и ожидаемых событий будущего, с которыми человек связывает свою социальную ценность и индивидуальный смысл жизни [Головаха, Кроник, 1987]. Наличие долговременной индивидуальной жизненной перспективы способствует снижению катастрофичности восприятия ситуации болезни, формированию отношения к длительному лечению как к эпизоду жизни, укреплению у пациентов ощущения контроля над ситуацией, при-

нятию ответственности за свое выздоровление, преодолению эгоцентрической и ипохондрической фиксации, пассивности, сохранению круга социальных контактов и сферы интересов. Происходящая в процессе восстановления долговременной перспективы жизни когнитивная переоценка личностного смысла и субъективных трудностей в условиях заболевания и лечения способствует снижению аффективного напряжения, а также активации саногенного потенциала личности пациента, что необходимо для успешной медикаментозной терапии.

Для преодоления у фтизиатрических пациентов последствий внутренней стигматизации и поддержания позитивного самоотношения представляется важным выделить конкретные мишени психологического воздействия:

- 1) Обида и чувство несправедливости («Почему это случилось именно со мной?»).
- 2) Чувство вины (в том числе перед семьей и родственниками пациента за неудобства, вызванные его болезнью).
- 3) Эмоциональная отчужденность от окружающих и проблем, не связанных со здоровьем.

Расширение сферы самосознания пациента и появление чувства личной ответственности за процесс выздоровления способствуют повышению комплаенса, преодолению негативных последствий внутренней стигматизации, восстановлению взаимодействия пациента с социальным окружением, сохранению интересов во внешней по отношению к стационару жизни и возможностей адекватной самореализации.

Выделение в качестве важнейших коррекционных задач изменения патогенных преморбидных элементов системы отношений позволяет перейти от психологического сопровождения пациентов на различных этапах медикаментозной терапии к вторичной психопрофилактике туберкулеза легких, которая предполагает непосредственное психотерапевтическое воздействие на психологические факторы риска развития и рецидивов заболевания. Результаты клинко-психологических исследований [Стрельцов, Баранова, Сиресина, Васильева, 2012] показали высокую продуктивность категории «отношение» в реабилитационной программе больных туберкулезом легких. Были выделены психокоррекционные мишени, связанные с различными аспектами системы отношений пациентов: внутренняя враждебность, судейская позиция, ряд базовых убеждений, репрессия в отношении собственных чувств, алекситимические нарушения, зависимость и несамостоятельность.

1. *Внутренняя враждебность.* Одной из психологических проблем больных туберкулезом легких является специфика интрапсихической переработки с преобладанием негативных чувств даже при небольших

стрессогенных воздействиях, а также с наличием неудовлетворенности различными аспектами социальной действительности. Субъективное восприятие реальности как давящей, предъявляющей чуждые требования, побуждает к внутренней мобилизации и актуализирует враждебность как механизм оборонительной агрессии, что происходит и при отсутствии явной угрозы — как ошибка антиципации, при которой человек выдает агрессивную реакцию на собственный прогноз [Фромм, 2006]. В трудных, субъективно значимых ситуациях внутренняя враждебность обуславливает интенсивные эгоцентрические и протестные реакции, а также аффекты обиды, возмущения. Настороженно-подозрительное отношение к окружающим и неудовлетворённость своим положением в микрогруппе реализуются в недоверчиво-скептическом стиле межличностного взаимодействия (критический настрой к другим мнениям, оппозиционность), стремлении к авторитарному доминированию. Психологическая коррекция больных туберкулезом легких ориентирована на переосмысление сложившихся представлений о себе, формирование доверия и доброжелательности к другим людям, освоение стратегий сотрудничества в межличностном взаимодействии.

2. *Судейская позиция.* Заболевшие туберкулезом легких отличаются обостренным отношением к моральным вопросам и соблюдению этических норм. С позиций собственного морального превосходства (например, как носителя социально одобряемых стандартов поведения), больные высказывают возмущенно-категоричные и нетерпимые суждения об окружающих, в поступках которых усматривают несправедливость (жестокость, нечестность, непорядочность, бездушие и т.п.) или проявление невоспитанности. Судейская позиция определяет также склонность пациентов к морализаторству и нравочужению. Наличие подобной оценочности является одним из мощных источников хронического психоэмоционального напряжения, так как социальное окружение постоянно провоцирует его возникновение. Догматичность и ригидность, свойственные больным туберкулезом легких, конкретизируют психокоррекционную работу на развитие толерантного отношения к поступкам людей, т.н. «диспозиционной терпимости» — готовности индивида к определенной позитивной реакции при взаимодействии со средой, наличие которой расширяет адаптационный потенциал личности [Реан, Кудашев, Баранов, 2006].

3. *Базовые убеждения.* Ряд когнитивных установок больных туберкулезом легких о себе и окружающем мире являются иррациональными и стрессогенными [Эллис, Драйден, 2002]. При установке долженствования в отношении себя пациенты испытывают сложности в реализации своих истинных потребностей и побуждений, стремясь соответствовать

неким социальным стандартам. Долженствование в отношении других людей обуславливает неадекватно высокие ожидания соответствия их поступков своим собственным представлениям, повышенную требовательность к окружающим. Тенденция использовать в действиях высший эталон (установка максимализма) определяет выраженность черт перфекционизма у больных туберкулезом легких, что проявляется в нетерпимости, критике других людей, нежелании прощать их ошибки, которые сопровождаются оценкой «я бы так никогда не поступил». Установка катастрофизации характеризуется субъективным восприятием жизненных трудностей как неразрешимых, пессимистической оценкой перспективы и ощущением собственной некомпетентности. Отказ пациентов от использования дисфункциональных установок как неадекватных стереотипов мышления и освоение адаптивных схем повышает толерантность к фрустрациям и улучшает качество жизни и взаимодействия.

4. *Репрессия в отношении собственных чувств.* Негативные аффективные реакции пациентов, как правило, не получают внешнего выражения в поведении, что сопровождается высоким нервно-психическим напряжением и чрезмерным расходом энергии, нарушающим адаптивное равновесие между личностью и социальной средой [Куликов, 1997]. В сложных ситуациях интерперсонального взаимодействия больные туберкулезом не допускают открытых конфликтов и демонстрации социально не одобряемых чувств, молчаливо осуждают окружающих, подавляя возмущение и негодование. Основными мотивами сдерживания эмоциональных реакций являются стремление «не обидеть», необходимость «порядочно» себя вести. Вербализации истинных чувств в конфликтной ситуации препятствует тревога по поводу возможной утраты комфортных отношений, а также уязвимость к критичным оценкам в свой адрес. Важно отметить, что лишь в крайних случаях по механизму «последней капли» может происходить грубая аффективная разрядка, вызывающая затем чувство вины и самоосуждение. Также больные склонны к использованию защитного механизма проекции, скрывая свои собственные неприемлемые негативные чувства приписыванием их другим людям. Таким образом, пациенты в процессе психологической работы должны приобретать определенные коммуникативные навыки, способствующие расширению репертуара проблемно-ориентированных стратегий поведения.

5. *Алекситимические нарушения.* По имеющимся данным, значительная часть больных туберкулезом легких испытывает дефицит способности к осознанию, вербализации, экспрессивной передаче собственных чувств и переживаний, обнаруживая выраженный алекситимический радикал личности. Применительно к больным туберкулезом легких

можно говорить также о более масштабных нарушениях импрессивной способности — умения понимать эмоциональные состояния других людей и сопереживать им [Москачева, Холмогорова, Гаранян, Демидова, 2014]. Следовательно, пациенты нуждаются не только в повышении эмоциональной компетентности в области собственного внутреннего мира и развитии навыков адекватной вербализации, но и в углублении эмпатийного потенциала.

6. *Зависимость и несамостоятельность.* Недостаток инициативности, пассивность, трудность принятия самостоятельных решений определяют конформность, экстернальность поведения больных туберкулезом легких. Типичная реакция больного туберкулезом на фрустрацию — пассивно-оборонительная, с ощущением беспомощности, растерянности, фиксацией на препятствии и отказом от его преодоления [Долгова, Стрельцов, 2008]. Зависимость и несамостоятельность, обозначенные в данном случае в качестве конкретных мишеней психотерапевтической работы, в более широком теоретическом плане мы рассматриваем в контексте общепсихологической концепции феномена алекситимии [Николаева, 1993]. Анализируя роль механизмов личностно-мотивационного уровня саморегуляции в генезе алекситимии, В.В. Николаева считает правомерным, что данный феномен обусловлен недостаточно сформированной в процессе онтогенетического развития рефлексией, являющейся в норме важнейшим источником устойчивости, свободы и саморазвития личности. Отсутствие или недостаточная сформированность деятельности саморегуляции, дающей возможность произвольного управления собственными побуждениями, усиливают директивность актуальных потребностей субъекта и связанного с неуспехом в их реализации отрицательного эмоционального состояния, которое, хронизируясь, становится источником возникновения стойких соматических изменений в организме. Как отмечается, блокировка произвольных механизмов саморегуляции усиливается в критических жизненных ситуациях, требующих от субъекта повышенной активности в области произвольного самоуправления [там же]. На основании данных исследования больных с явлениями вторичной алекситимии, обращается внимание на роль особых условий развития, ограничивающих развитие рефлексии, формирование собственных целей, намерений, ориентаций на независимую жизнь, к числу которых В.В. Николаева относит наличие в анамнезе неразрывной симбиотической связи со взрослым (матерью), выполняющим функции программирования, организации и контроля деятельности ребенка вплоть до периода взрослости.

Наличие подобной социальной ситуации формирования психики подтверждается и клинико-биографическим интервью с фтизиатричес-

кими пациентами. В ближайшем окружении больного туберкулезом, как правило, выявляется «ключевая фигура» (чаще — мать), с которой имела амбивалентная эмоциональная связь и отношения отличались проблемным характером. Авторитарная, доминирующая, склонная к нравоучениям и избыточному контролю мать навязчиво участвовала даже во взрослой жизни своих детей, провоцируя у них ощущение собственной несостоятельности и зависимости [Сиресина, Баранова, Стрельцов, Панова, 2007]. Подобный внутренний конфликт, связанный с невозможностью разрушить сверхтесные, подавляющие отношения и реализовать собственные актуальные потребности, приводит в преморбидном периоде к росту и фиксации психоэмоционального напряжения, что на психофизиологическом уровне способно вызывать иммунную супрессию, сопровождающую «стресс безвыходности» [Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999]. Проводимая психотерапевтическая работа с пациентами в направлении формирования ответственности и самостоятельности как жизненной позиции, творческого отношения к собственной деятельности и жизни непосредственно связана, таким образом, с развитием у пациентов особой внутренней деятельности, направленной на сохранение внутренней гармонии, самоидентичности личности и обеспечивающей успешность самоактуализации.

Системный характер реабилитационных задач на этапе продолжения противотуберкулезной химиотерапии предполагает как индивидуальную, так и групповую формы работы, выбор которых в первую очередь определяется клиническим состоянием пациента, а также особенностями его актуального эмоционального состояния и характером доминирующих проблем. В работе в больными туберкулезом легких, помимо традиционного для психотерапии движения от индивидуальных к групповым формам взаимодействия, возможен, и даже желателен, обратный процесс. Подобная последовательность способствует формированию необходимой в системе психологической интервенции этапности патогенетического воздействия, созданию мотивации к дальнейшей индивидуальной психологической работе и повышению ее эффективности.

Групповая психокоррекционная работа. Как и на этапе интенсивной противотуберкулезной химиотерапии, на этапе продолжения лечения эффективной является групповая работа с фтизиатрическими пациентами в форме тематических дискуссий, основной целью которых является повышение уровня информированности пациентов в актуальных вопросах, связанных с заболеванием и лечением [Стрельцов, Золотова, 2013]. Подобная форма обучающей работы позволяет реализовать такие современные тенденции психотерапии, как краткосрочность вмешательства и психообразование [Абабков, Бабурин, Васильева, 2012].

Цикл групповой психологической коррекции, проводившейся в Центральном НИИ туберкулеза, состоял из 8—10 лекционных занятий продолжительностью 1—1,5 часа, в ходе которых обсуждались актуальные для большинства участников вопросы: ожидания от лечения, психологические факторы эффективности и переносимости химиотерапии, перспективы возвращения к полноценному социальному функционированию после выписки, возможности сохранения или переориентации профессиональной деятельности и т.п. Также в адаптированном для пациентов виде затрагивались и общие научные взгляды на психосоматические нарушения, которые вызывали живой отклик и большой интерес. Важно отметить, что, по результатам предварительного анкетирования, более половины пациентов субъективно отмечали наличие психологических причин своего заболевания, основной из которых являлась «большое количество стрессов и волнений». Некоторые выражали убеждение в неслучайности своего заболевания и наличии особого личностного смысла в нем, который выражается в необходимости «изменить себя в лучшую сторону».

Тематические дискуссии дополнялись психодраматическими техниками, ролевыми играми, элементами гештальт-терапии, методами визуализации, а также биографически ориентированными сеансами. По мнению 80% участников групповых дискуссий, полученный ими опыт участия в подобной обучающе-интерактивной работе способствовал эмоциональной активизации, уменьшению чувства тревоги и напряженности, преодолению социальной изоляции, повышению самооценки и качества отношений с окружающими. Типичными ответами в самоотчетах пациентов являлись: «Приобретаю душевное спокойствие», «Пересмотрю свое отношение к себе и своей жизни», «В моих силах преодолеть черты характера, мешающие мне выздороветь», «Все, включая здоровье, в моих руках» и т.п. Важно уточнить, что повышение первичной психологической грамотности уже на данном этапе способствовало увеличению степени объективности в восприятии себя и понимании поведения окружающих, что сопровождалось ослаблением типичных форм патогенного реагирования: претенциозности, негативизма, осуждения, недоверия. Как отмечали сами пациенты, полученная ими информация о психологических механизмах заболевания поможет не только выздороветь, но и сохранять здоровье в дальнейшем.

Индивидуальная психокоррекционная работа. В процессе индивидуальной психологической коррекции, сфокусированной на принципах патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, с учетом выделенных терапевтических мишеней, осуществлялся совместный с пациентом анализ истории развития личности и социальных отношений больного,

выявление сложных ситуаций, сделавших жизнь больного тяжелой и невыносимой, а также особенностей его эмоционального и поведенческого реагирования на эти обстоятельства. Основная цель патогенетического анализа состоит в осознании связи между психогенными факторами и возникновением соматических нарушений, под влиянием которого происходит переоценка собственной роли и влияния внешних объективных факторов. Указанные эффекты являются ключевым моментом для последующего изменения основных элементов психологического этиопатогенеза заболевания. Проведенная оценка эффективности патогенетической коррекции показала, что изменение патогенных элементов системы отношений больных туберкулезом и освоение пациентами новых моделей поведения способствовали снижению патогенного напряжения, улучшению показателей психологического статуса, оптимизации актуальных отношений пациента (с другими больными, лечащим персоналом, семьей) [Стрельцов, Баранова, Сиресина, Васильева, 2012]. Повышение уровня функционирования личности непосредственно отражалось и на результативности проводимой терапии. Можно утверждать, что патогенетическое воздействие на психологические факторы развития туберкулеза легких, предполагающее обращение к мировоззренческим установкам, по-новому освещает индивидуальный опыт человека благодаря обретению им более устойчивых ценностно-смысловых ориентаций «стратегического», общечеловеческого характера — добра, любви, справедливости и свободы. Для достижения подобных эффектов большое значение имело катартическое отреагирование в ходе индивидуальной и групповой форм работы, когда происходящая психологическая трансформация субъективно переживается как душевный подъем, чувство просветленности и готовность к добрым поступкам [Александров, 2011; Линде, 2011].

Выводы

Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии представляет собой систему психологических интервенций, совмещающей симптоматический и патогенетический аспекты воздействия. Симптоматическое психологическое воздействие связано с системой отношения пациентов к кризисной ситуации заболевания и лечебному процессу, патогенетическое воздействие предполагает организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов.

Выделение психологических факторов риска возникновения туберкулёзного процесса позволяет создать новые эффективные подходы к реабилитационной работе с пациентами, ориентированные не только на повышение результативности медикаментозной терапии, но и вторичную профилактику рецидивов заболевания. Подобные подходы существенно расширяют границы оказываемой психологической помощи в клинике, основной вектор их развития направлен на решение актуальных превентивных задач, связанных с сохранением здоровья человека в современном обществе.

ЛИТЕРАТУРА

- Абабков В.А., Бабурин И.Н., Васильева А.В. и др. Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами // Методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2012. 22 с.
- Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
- Александров А.А. Аналитико-катаргическая терапия (АКТА) / Учебное пособие. СПб.: изд. СПбМАПО, 2011. 64 с.
- Алфеевский Н.А. О нервных и психологических явлениях у туберкулёзных // Современная психиатрия. 1912. № 10. С. 707—742.
- Баранова Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
- Братусь Б.С. Аномалии личности / М.: Мысль, 1988. 305 с.
- Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / М., ГЭОТАР Медицина. 1999. 373 с.
- Буренина И.А. Методические основы современной реабилитации (клиническая лекция) // Вестник современной клинической медицины. 2008. Том 1, вып. 1. Стр. 88—92.
- Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулёзом лёгких с учётом особенностей их личности и отношения к болезни // Проблемы туберкулёза. 1999. № 2. С. 27—31.
- Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. 1991. № 10. С. 41—43.
- Гнездилова Е.В. Ориентирование больного туберкулёзом на излечение с помощью образовательной программы «Фтиза-школа» // Пульмонология — 2001. Т. 11, № 1. С. 16—19.
- Головаха, Е.И., Кроник, А.А. Жизненный путь личности / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. М.: Наука, 1987. 280 с.

- Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С.* Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулезом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 1 (18). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.09.2013).
- Долгих Н.О.* Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных туберкулезом и их специфическое лечение с использованием психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 23 с.
- Долгова Ю.В., Стрельцов В.В.* Исследование типов реагирования во фрустрирующей ситуации у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Сб. «Социальный мир человека», выпуск 2 / Ижевск, 2008. С. 360—361.
- Золотова Н.В, Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В.* Структура базовых черт у больных туберкулезом легких // Ярославский психологический вестник. 2010. № 26. С. 174—176.
- Исаева Е.Р.* Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях болезни // Психосоматическая медицина — 2014: Труды. IX международный конгресс. СПб.: Человек, 2014. С. 44—50.
- Кошелева Г.Я.* Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1990. 24 с.
- Куликов Л.В.* Психология настроения личности: Автореф. дис. ... докт. психол. наук. СПб., 1997.
- Линде Н.Д.* Психологическое консультирование: теория и практика. Учебное пособие для студентов вузов / М.: Аспект Пресс, 2011. 255 с.
- Ломаченков В.Д., Кошелева Г.Я.* Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация // Проблемы туберкулеза. 1997. № 3. С. 9—11.
- Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф.* Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. 2002. № 1. С. 39—41.
- Любаева Е.В., Ениколопов С.Н.* Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 111—127.
- Любан-Плюцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача / СПб. 1996. 256 с.
- Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Демидова Л.Ю.* Алекситимия, психосоматика и механизмы коммуникации // Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях болезни / Психосоматическая медицина — 2014: Труды. IX международный конгресс. СПб.: Человек, 2014. С. 66—71.
- Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / Л.: Медицина, 1960. 384 с.
- Мясищев В.Н.* Соотношение психического и соматического при общих и системных неврозах // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева / Л., 1963. Т. XXIX. С. 193—204.

- Нечаева М.В., Антохин Е.Ю., Бардюркина В.А., Жорова Т.И., Андросов Е.И.* Взаимосвязь клинических проявлений и самостигматизации при дистимии // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2010. № 41.
- Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарное исследование / М., 1993. С. 84—93.
- Петров С.П.* О психике туберкулёзных // Современная психиатрия. 1913. № 9. С. 673—694.
- Поклитар Е.А.* Туберкулез, личность, психотерапия // «Вопросы ментальной медицины и экологии». Т. 7, № 3. 2001.
- Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких: методическое пособие / Н.Н. Сиресина, В.В. Стрельцов, Н.В. Золотова [и др.]. М., 2007. 73 с.
- Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А.* Психология адаптации личности / СПб.: Прайм — ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.
- Сельцовский П.П., Стрельцов В.В., Золотова Н.В.* Психологическое сопровождение терапии туберкулеза легких // Научные труды «К 70-летию В.И. Литвинова» / Москва, МНПЦБТ. 2011. С. 98—109.
- Сиресина Н.Н.* Комплексный подход к изучению психологии личности и высших психических функций у больных туберкулезом легких (диагностика, систематика, реабилитация): автореф. дис. ... докт.псих.наук. Тверь, 2011. 58 с.
- Сиресина Н.Н., Баранова Г.В., Стрельцов В.В., Панкова Л.И.* Роль матери в формировании патологических особенностей личности больных туберкулезом легких // Сб. Научных трудов к 80-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом / М., 2007. С. 138—144.
- Собчик Л.Н. и др.* Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике нервно-психических нарушений у больных туберкулезом / М., 1990. 28 с.
- Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Сиресина Н.Н., Васильева И.А.* Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулезом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Туберкулез и болезни легких. № 3. 2012. С. 31—37.
- Стрельцов В.В., Золотова Н.В.* Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 10—20.
- Сухов В.М., Сухова Е.В.* Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 2003. № 4. С. 29—30.
- Сухова Е.В.* Поведенческий ответ больных на «клеимо» туберкулеза // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6, № 1. С. 127—136.
- Сухова Е.В.* Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2004. № 10. С. 34—36.
- Сухова Е.В.* «Фтиза-школа» — система комплексного воздействия на больного туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2004. № 12. С. 35—41.
- Сухова Е.В., Сухов В.М., Корнев А.В.* Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 2006. № 5. С. 20—23.

- Сухова Е.В., Почанин И.И.* Особенности личности у больных с впервые выявленным туберкулезом легких / Вестник Самарского государственного экономического университета. 2010. —1 (63). С. 127—131.
- Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 40—63.
- Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности / М.: АСТ, 2006. 640 с.
- Эллис А., Драйден У.* Практика рационально — эмоциональной поведенческой терапии / М.: Речь. 348 с.
- Энштейн Д.Я.* Душа туберкулёзного в освещении художественной и научной литературы / Киев, 1929. 39 с.
- Day G.* L'approche psychosomatique de la tuberculose pulmonaire / Lancet (May 12), 1951. Pp. 1025—1028.
- Dunbar F.* Emotions and Bodily Changes / N.Y. 1949. 604 p.
- Laënnec R.* De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur / Paris, 1819.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AT DIFFERENT STAGES OF THERAPY

*V.V. STRELTSOV, N.V. ZOLOTOVA, G.V. BARANOVA,
A.A. AKHTYAMOVA*

The article is devoted to topical issues of psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis and summarizes the practical experience of the authors in the creation of psychological services in the TB clinic. The article focuses on the specifics of psychological assistance at the stage of continuation of TB treatment in the hospital. The theoretical and methodological foundations, principles and objectives of the ongoing psychological work. In the presented model of psychological rehabilitation are taken into account peculiarities of the organization of the treatment process in Phthisiology and identified in the clinical-psychological research on specific features of the response and interpersonal relationships of patients with pulmonary tuberculosis. The necessity of organizing special psycho-correctional programs aimed at overcoming premorbid elements of the system of relations that are considered as psychological risk factors of tuberculosis and relapses.

Keywords: pulmonary tuberculosis, psychological rehabilitation, premorbid personality characteristics, relationship, therapeutic target.

Ababkov V.A., Baburin I.N., Vasil'eva A.V. i dr. Algoritm kratkosrochnoi psikhoterapii, napravlennoi na razreshenie vnutrichnostnykh i mezhlchnostnykh konfliktov u

- bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami. Metodicheskie rekomendatsii. Saint-Peterburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2012. 22 p.
- Aleksander F.* Psikhosomaticheskaia meditsina. Printsipy i prakticheskoe primenenie / per. s angl. S. Mogilevskogo. Moscow: Izd-vo EKSMO-Press, 2002. 352 p.
- Aleksandrov A.A.* Analitiko-katarticheskaja terapiia (AKTA) / Uchebnoe posobie. Saint-Peterburg: izd. SPbMAPO, 2011. 64 p.
- Alfeevskii N.A.* O nervnykh i psikhologicheskikh iavleniiakh u tuberkuleznykh. Sovremennaja psikiatriia. 1912. № 10. Pp. 707—742.
- Baranova G.V., Zolotova N.V., Stolbun Iu.V.* Struktura lichnostnykh chert u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Meditsinskaia psikhologija v Rossii. 2012. N 3 (14). Available at: <http://medpsy.ru>.
- Bratus' B.S.* Anomalii lichnosti / Moscow: Mysl', 1988. 305 p.
- Broitigam V., Kristian P., Rad M.* Psikhosomaticheskaia meditsina / Moscow, GEOTAR Meditsina. 1999. 373 p.
- Burenina I.A.* Metodicheskie osnovy sovremennoi reabilitatsii (klinicheskaja lektsiia). Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny. 2008. Tom 1, vol. 1. Pp. 88—92.
- Valiev R.Sh.* Lechenie bol'nykh tuberkulezom legkikh s uchetom osobennosti ikh lichnosti i otnosheniia k bolezni. Problemy tuberkuleza. 1999. № 2. Pp. 27—31.
- Vinogradov M.V., Cherkashina I.I., Perel'man M.I.* Psikhicheskoe sostoianie bol'nykh s ogranicennymi formami tuberkuleza legkikh. Problemy tuberkuleza. 1991. № 10. Pp. 41—43.
- Gnezdilova E.V.* Orientirovanie bol'nogo tuberkulezom na izlechenie s pomoshch'iu obrazovatel'noi programmy "Ftiza-shkola". Pul'monologija, 2001. T. 11, № 1. Pp. 16—19.
- Golovakha, E.I., Kronik, A.A.* Zhiznennyi put' lichnosti / E.I. Golovakha, A.A. Kronik. Moscow: Nauka, 1987. 280 p.
- Delariu V.V., Iudin S.A., Borzenko A.S.* Okazanie psikhologicheskoi/psikhoterapevticheskoi pomoshchi bol'nym tuberkulezom liudiam (po dannym sotsiologicheskogo issledovaniia). Meditsinskaia psikhologija v Rossii. 2013. N 1 (18). Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 27.09.2013).
- Dolgikh N.O.* Sostoianie situatsionno-lichnostnogo reagirovaniia u vperve vyjavlennykh bol'nykh tuberkulezom i ikh spetsificheskoe lechenie s ispol'zovaniem psikhoterapii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2005. 23 p.
- Dolgova Iu.V., Strel'tsov V.V.* Issledovanie tipov reagirovaniia vo frustriruushchei situatsii u bol'nykh s vperve vyjavlennym tuberkulezom legkikh. "Sotsial'nyi mir che-loveka", vypusk 2 / Izhevsk, 2008. Pp. 360—361.
- Zolotova N.V., Siresina N.N., Strel'tsov V.V.* Struktura bazovykh chert u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Iaroslavskii psikhologicheskii vestnik. 2010. № 26. Pp. 174—176.
- Isaeva E.R.* Psikhologicheskie adaptatsionnye resursy lichnosti v usloviiakh bolezni. Psikhosomaticheskaia meditsina — 2014: Trudy. IKh mezhdunarodnyi kongress. SPb.: Chelovek, 2014. Pp. 44—50.
- Kosheleva G.Ia.* Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh tuberkulezom legkikh i ikh dinamika v protsesse kompleksnogo lecheniia: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. L., 1990. 24 p.

- Kulikov L.V.* Psikhologiiia nastroeniia lichnosti: Avtoref. dis. ... dokt. psikh. nauk. Saint-Peterburg, 1997.
- Linde N.D.* Psikhologicheskoe konsul'tirovanie: teoriia i praktika. Uchebnoe posobie dlia studentov vuzov / Moscow: Aspekt Press, 2011. 255 p.
- Lomachenkov V.D., Kosheleva G.Ia.* Psikhologicheskie osobennosti muzhchin i zhen-shchin, v pervye zaboлевshikh tuberkulezom legkikh, i ikh sotsial'naia adaptatsiia. Problemy tuberkuleza. 1997. № 3. Pp. 9—11.
- Lukashova E.N., Igisheva L.N., Kopylova I.F.* Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh tuberkulezom podrostkov. Problemy tuberkuleza. 2002. № 1. Pp. 39?41.
- Liubaeva E.V., Enikolopov S.N.* Rol' individual'nykh psikhologicheskikhkarakteristik patsientov v formirovanii priverzhennosti terapii tuberkuleza i VICH. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2011. № 2. Pp. 111—127.
- Liuban-Plotitsa B., Pel'dinger V., Kreger F.* Psikhosomaticheskii bol'noi na prieme u vracha / Saint-Peterburg. 1996. 256 p.
- Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B., Garanian N.G., Demidova L.Iu.* Aleksitimiiia, psikhosomatika i mekhanizmy kommunikatsii. Psikhologicheskie adaptatsionnye resursy lichnosti v usloviiahk bolezni / Psikhosomaticheskaiia meditsina — 2014: Trudy IKh mezhdunarodnyi kongress. Saint-Peterburg: Chelovek, 2014. Pp. 66—71.
- Miasishchev V.N.* Lichnost' i nevrozy / L.: Meditsina, 1960. 384 p.
- Miasishchev V.N.* Sootnoshenie psikhicheskogo i somaticheskogo pri obshchikh i sistemnykh nevrozakh. Voprosy vzaimootnoshenii psikhicheskogo i somaticheskogo v psikhonevrologii i obschei meditsine. Trudy Gosudarstvennogo nauchno-issledovatel'skogo instituta im. V.M. Bekhtereva / L., 1963. T. XXIX. Pp. 193—204.
- Nechaeva M.V., Antokhin E.Iu., Bardiurkina V.A., Zhorova T.I., Androsov E.I.* Vzaimosviaz' klinicheskikh proiavlennii i samostigmatizatsii pri distimii. Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ia. 2010. № 41.
- Nikolaeva V.V.* O psikhologicheskoi prirode aleksitimii. Telesnost' cheloveka: mezhdistsiplinarnoe issledovanie / Moscow, 1993. Pp. 84—93.
- Petrov S.P.* O psikhike tuberkuleznykh. Sovremennaia psikhiiatriia. 1913. № 9. Pp. 673—694.
- Poklitar E.A.* Tuberkulez, lichnost', psikhoterapiia. "Voprosy mental'noi meditsiny i ekologii". T. 7, № 3. 2001.
- Psikhologicheskoe i neiropsikhologicheskoe soprovozhdenie terapii tuberkuleza legkikh: metodicheskoe posobie / N.N. Siresina, V.V. Strel'tsov, N.V. Zolotova [et all]. Moscow, 2007. 73 p.
- Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A.* Psikhologiiia adaptatsii lichnosti / Saint-Peterburg: Praim — EVROZNAK, 2006. 479 p.
- Sel'tsovskii P.P., Strel'tsov V.V., Zolotova N.V.* Psikhologicheskoe soprovozhdenie terapii tuberkuleza legkikh. Nauchnye trudy "K 70-letiiu V.I. Litvinova" / Moscow, MNPTsBT. 2011. Pp. 98—109.
- Siresina N.N.* Kompleksnyi podkhod k izucheniiu psikhologii lichnosti i vysshikh psikhicheskikh funktsii u bol'nykh tuberkulezom legkikh (diagnostika, sistematika, reabilitatsiia): avtoref. dis. ... dokt.psikh.nauk. Tver', 2011. 58 p.
- Siresina N.N., Baranova G.V., Strel'tsov V.V., Pankova L.I.* Rol' materi v formirovanii patologicheskikh osobennostei lichnosti bol'nykh tuberkulezom legkikh. Sb.

- Nauchnykh trudov k 80-letii Moskovskogo gorodskogo nauchno-prakticheskogo tsentra bor'by s tuberkulezom / Moscow, 2007. Pp. 138—144.
- Sobchik L.N. i dr.* Metod standartizirovannogo mnogofaktornogo issledovaniia lichnosti v diagnostike nervno-psikhicheskikh narushenii u bol'nykh tuberkulezom / Moscow, 1990. 28 p.
- Strel'tsov V.V., Baranova G.V., Siresina N.N., Vasil'eva I.A.* Vozmozhnosti optimizatsii psikhologicheskogo sostoiianiia bol'nykh tuberkulezom legkikh v protsesse individual'noi psikhologicheskoi korrektsii. Tuberkulez i bolezni legkikh. № 3. 2012. Pp. 31—37.
- Strel'tsov V.V., Zolotova N.V.* Psikhologicheskaiia rehabilitatsiia bol'nykh tuberkulezom legkikh v faze intensivnogo lecheniia. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 1. Pp. 10—20.
- Sukhov V.M., Sukhova E.V.* Nekotorye osobennosti kachestva zhizni bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza. 2003. № 4. Pp. 29—30.
- Sukhova E.V.* Povedencheskii otvet bol'nykh na "kleimo" tuberkuleza. Sotsial'naia psikhologiiia i obshchestvo. 2015. T. 6, № 1. Pp. 127—136.
- Sukhova E.V.* Neobkhodimost' psikhologicheskoi korrektsii u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh. 2004. № 10. Pp. 34—36.
- Sukhova E.V.* "Ftiza-shkola" — sistema kompleksnogo vozdeistviia na bol'nogo tuberkulezom. Problemy tuberkuleza. 2004. № 12. Pp. 35—41.
- Sukhova E.V., Sukhov V.M., Kornev A.V.* Osobennosti otnosheniia k bolezni bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza. 2006. № 5. Pp. 20—23.
- Sukhova E.V., Pochanin I.I.* Osobennosti lichnosti u bol'nykh s vperve vyavlennym tuberkulezom legkikh. Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta. 2010. 1 (63). Pp. 127—131.
- Tarabrina N.V.* Posttravmaticheskii stress u bol'nykh ugrozhaiushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniiami. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2014. № 1. Pp. 40—63.
- Fromm E.* Anatomiiia chelovecheskoi destruktivnosti / Moscow: AST, 2006. 640 p.
- Ellis A., Draidon U.* Praktika ratsional'no — emotsional'noi povedencheskoi terapii / M.: Rech'. 348 p.
- Epshtein D.Ia.* Dusha tuberkuleznogo v osveshchenii khudozhestvennoi i nauchnoi literatury / Kiev, 1929. 39 p.
- Day G.* L'approche psychosomatiquedelatuberculosepulmonaire / Lancet (May 12), 1951. Pp. 1025—1028.
- Dunbar F.* Emotions and Bodily Changes / N.Y. 1949. 604 p.
- Laennec R.* De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur / Paris, 1819.